SÉRIE 5. N° 23.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 29 JUIN 1883

PAR

HENRI-LOUIS-FRANÇOIS GALLAY

Né à Rochefort-sur-mer, le 21 juillet 1852

MÉDECIN DE LA MARINE

NOTES

SUR UNE PETITE ÉPIDÉMIE D'ÉRYSIPÈLE MALIN DE LA FACE

OBSERVÉE A GUÉRIGNY (NIÈVRE)

Examinateurs de la Thèse : MM. LAYET, *président.*
PICOT, *professeur.*
DEMONS, LANDE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT
SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, PLACE COLBERT.

1883.

Série 5. N° 23.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 29 JUIN 1883

PAR

HENRI-LOUIS-FRANÇOIS GALLAY

Né à Rochefort-sur-mer, le 21 juillet 1852

MÉDECIN DE LA MARINE

NOTES

SUR UNE PETITE ÉPIDÉMIE D'ÉRYSIPÈLE MALIN DE LA FACE

OBSERVÉE A GUÉRIGNY (NIÈVRE)

Examinateurs de la Thèse : MM. LAYET, *président.*
PICOT, *professeur.*
DEMONS, LANDE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT
SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, PLACE COLBERT.
1883.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DENUCÉ.

PROFESSEURS.

	MM.		MM.
Anatomie	BOUCHARD.	Pharmacie	FIGUIER.
Physiologie	ORÉ.	Thérapeutique	DE FLEURY.
Physique	MERGET.	Hygiène	LAYET.
Chimie	MICÉ.	Médecine légale	MORACHE.
Histoire naturelle	GUILLAUD.	Médecine expérimentale	JOLYET.
Pathologie générale	VERGELY.	Matière médicale	PERRENS.
Pathologie interne	DUPUY.	Clinique médicale	PITRES.
Pathologie externe	AZAM.		PICOT.
Anatomie pathologique	COYNE.	Clinique chirurgicale	DENUCÉ.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.		LANELONGUE
Médecine opératoire	MASSE.	Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
		Ophthalmologie	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. ARNOZAN.	MM. GERVAIS-KOYSIEWICZ.
RONDOT.	POINSOT.
DEMONS.	CARLES.
DUDON.	BLAVEZ.
BOURSIER.	TESTUT.
LEFOUR.	PÉRIER.
ARMAINGAUD.	LANDE.

MAITRES DE CONFÉRENCES.

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES.

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VÉNOT.
Maladies mentales	CAGUET.

Secrétaire de la Faculté : M. FERNAND L. DES CILLEULS.

NOTES

SUR UNE PETITE ÉPIDÉMIE D'ÉRYSIPÈLE MALIN DE LA FACE

OBSERVÉE A GUÉRIGNY (NIÈVRE)

GALLAY — Bordeaux 1883.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549617_0078

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MON ONCLE LE DOCTEUR A. ROUX

Médecin principal de la marine, en retraite, chevalier de la Légion d'honneur,
Médecin consultant à Royan.

A M. LE DOCTEUR L. LAYET

Mon président de Thèse,
Ancien médecin principal de la marine, chevalier de la Légion d'honneur,
Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

A M. LE DOCTEUR LARTIGUE

Mon médecin major,
Médecin de 1re classe de la marine, chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Lorsqu'après un congé de trois mois passé auprès de la Faculté de Bordeaux, nous sommes venu, dans le courant de mai, reprendre notre service médical aux Forges nationales de Guérigny (Nièvre) (1), nous nous sommes trouvé en présence des restes d'une courte épidémie d'érysipèle malin de la face.

L'un des malades atteints avait succombé. Les autres étaient déjà convalescents ; mais tous avaient présenté des symptômes d'une intensité remarquable ou des complications d'une gravité extrême.

Les observations avaient été recueillies avec le plus grand soin ; et nous devons ici témoigner notre reconnaissance à M. le médecin de 1re classe Lartigue, notre médecin-major, qui nous les a gracieusement transmises. Réunies et analysées, elles nous ont paru, malgré leur petit nombre, présenter un grand intérêt, et nous nous sommes décidé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

De leur ensemble, en effet, découle plus d'un enseignement.

Leur simultanéité, leur enchaînement viennent apporter un argument de grande valeur à la théorie de la transmission directe, de la contagion de l'érysipèle.

(1) Guérigny, établissement appartenant à la marine, et où plus de 1,200 ouvriers sont occupés à fabriquer pour elle des chaînes, des ancres, des plaques de blindage. Deux médecins de la marine sont attachés à l'usine.

Leur nombre limité lui-même donne un nouvel appui à cette théorie, car il nous montre la maladie disparaissant même au milieu d'une population très dense, simplement devant l'isolement de chaque famille et de chaque maison, tel qu'il est habituel au village. De plus, il nous semble en opposition avec l'idée d'une constitution médicale générale, d'un état particulier de l'air produisant la maladie.

Les faits qui militent en ce sens commencent à être nombreux, mais ils ne sauraient l'être trop, tant qu'on n'en sera pas arrivé à l'entente unanime, à la certitude absolue sur la question. C'est pourquoi nous avons espéré être utile dans la mesure de nos forces, en apportant modestement une pierre à l'édifice dont les magistrales fondations se sont creusées ici.

Puisse cette pensée qui a inspiré tout ce travail nous assurer la bienveillance de nos juges et nous rendre favorables les maîtres de cette École, où l'idée de la matérialité du virus érysipélateux a pour ainsi dire pris naissance, où elle a dans tous les cas trouvé jusqu'ici ses défenseurs les plus convaincus et les plus autorisés !

CHAPITRE I.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

22 mars 1883. — M^me^ X..., jeune femme de 32 ans, est atteinte depuis longtemps d'un écoulement chronique de l'oreille.

Elle fait appeler, ce jour-là, le médecin ; accusant de la gêne de la déglutition et une douleur vive siégeant à la région cervicale postérieure. On constate au niveau de l'insertion occipitale des muscles de la nuque : un empâtement diffus avec rougeur, chaleur, et tuméfaction des ganglions correspondants. Ces phénomènes, l'engorgement ganglionaire en particulier, sont surtout marqués du côté de l'oreille qui suppure.

Réaction fébrile assez intense.

Etat saburral.

(Prescription : diète, huile de ricin, six sangsues au point douloureux).

23 mars. — Nuit extrêmement agitée.

Délire, vomissements.

A la visite du matin, l'oreille est tuméfiée, livide, et quelques vésicules se montrent sur le contour de l'hélix.

L'érysipèle est déclaré, et la maladie évolue sans présenter rien d'anormal.

Toute la face, *sans en excepter le menton*, est successivement envahie.

29 mars. — Au septième jour, recrudescence de peu d'intensité.

7 avril. — A la fin du deuxième septenaire, la desquamation commence.

15 avril. — Elle est complète.

A partir de ce jour, la convalescence marche rapidement.

Aujourd'hui, 1er juin, l'écoulement de l'oreille, qui s'est supprimé pendant l'évolution de l'érysipèle, n'a pas reparu. La malade paraît en être définitivement débarrassée.

15 juin. — L'écoulement un instant supprimé a reparu.

OBSERVATION II.

M. B..., employé de la marine, en retraite, âgé de 64 ans, doué d'un tempérament athlétique, chez lequel la femme X..., sujet de la précédente observation, remplissait les fonctions de femme de ménage, est obligé de garder le lit le 23 mars et réclame les soins du médecin.

23 mars. — Le malade accuse une grande lassitude et une certaine difficulté de la déglutition. Il présente, en outre, un violent catarrhe oculo-nasal. Ces phénomènes font croire à l'invasion de la grippe, qui, à cette époque, régnait épidémiquement à Guérigny.

(Prescription : une potion calmante et un purgatif).

24 mars. — Le lendemain, la situation s'est tout-à-coup aggravée.

Nuit excessivement agitée, délire loquace, frisson intense, vomissement bilieux.

Le malade accuse des douleurs très vives aux régions mastoïdiennes, et l'on constate la rougeur et le gonflement très accusés de ces régions.

Les muqueuses pharyngiennes et buccales sont d'un rouge livide, la déglutition est très pénible.

Fièvre ardente, peau chaude et sèche.

Pouls plein, dur, à 104° ; température, à 39°5.

Le purgatif (huile de ricin, 45 grammes) n'a pas amené d'évacuation.

Dans la soirée, le malade est visité de nouveau, et l'on constate

de longues années de rhumatismes noueux qui lui ont presque enlevé l'usage de ses mains.

28 mars. — Le jour de la mort de son mari, Mme B... est obligée de prendre le lit. Elle accuse une faiblesse extrême et un violent mal de gorge.

La fièvre est modérée, la muqueuse pharyngienne rouge et tuméfiée.

(Prescription : un purgatif pour le lendemain).

29 mars. — Nuit mauvaise. Gros frisson. Vomissements bilieux. Délire. Empâtement de la région parotidienne gauche.

Dans la journée, l'érysipèle débute par l'oreille gauche. Pouls dur vibrant à 100. Température, 39°9.

30 mars. — L'exanthème envahit rapidement la face toute entière en marchant de gauche à droite et passe successivement sur le front, le nez, les joues, le *menton*, marquant ses étapes par de larges phlyctènes, que des croûtes épaisses remplacent bientôt sur les paupières, les joues, les oreilles, le menton. Le cuir chevelu est respecté ainsi que le cou.

Au quatrième jour, le masque rappelait parfaitement celui des enfants atteints d'impétigo larvalis. Pendant toute cette période, l'état général est des plus graves. La prostration reste considérable. Des fuliginosités noirâtres couvrent la langue et les lèvres.

Chose remarquable, sauf le délire de la nuit d'invasion, l'intelligence reste nette et lucide.

(Prescription : les fomentations narcotiques émollientes sont abandonnées et remplacées par des pulvérisations fréquemment répétées d'eau phéniquée au 1/500, faites sur la face et surtout à l'orifice des fosses nasales et de la bouche).

La malade, après chacune des séances de pulvérisation, manifeste un bien-être tout particulier et paraît respirer avec plus de facilité.

Le médecin s'attache surtout à soutenir les forces défaillantes. (Vin de Banyuls à haute dose. Potion de Tood, consommé, lait).

Les selles sont entretenues à l'aide de bonbons de tamarin, les urines sont abondantes et normales.

2 avril. — La fièvre tombe. L'érysipèle paraît arrêté; le bourrelet limitatif pâlit et s'efface, l'appétit renaît.

Mais dans les jours suivants un nouvel ordre de phénomènes tout à fait inattendus se présente. L'intelligence s'obscurcit à mesure que la convalescence s'affermit, et cela alors que pendant toute la pyrexie les facultés intellectuelles étaient restées très nettes.

Il n'y a pas, à proprement parler, de délire ; seulement, Mme B... a perdu la mémoire et la notion du temps. Elle s'entretient avec des personnes mortes ou absentes, ne reconnaît ni ses parents ni le médecin. Elle paraît être tombée en enfance, devient quinteuse et difficile à soigner.

Cette situation, que nous craignions de voir devenir permanente, se prolonge plus de quinze jours, puis s'amende graduellement, et dans les premiers jours de mai, Mme B... avait recouvré toute son intelligence.

Chose remarquable, pendant l'évolution de l'érysipèle les nodosités des doigts et des mains avaient, pour ainsi dire, fondu et la malade avait recouvré une dextérité et une agilité perdues depuis bien des années.

Cet heureux résultat de la maladie devait malheureusement n'être que momentané. A mesure que la convalescence s'affirmait, que l'appétit devenait plus vif, et que les forces renaissaient, la diathèse arthritique reprenait possession de ses domaines, un instant perdus, et aujourd'hui, 25 mai, les doigts et les mains sont de nouveau envahis par les concrétions caractéristiques.

OBSERVATION V.

Mme R..., femme âgée de 48 ans. Tempérament bilieux, atteinte de bronchite catarrhale chronique.

Quelques jours avant l'apparition de l'érysipèle dans la famille B..., cette femme s'était présentée à la consultation, porteur de trois loupes de cuir chevelu, dont l'une siégeant à la région frontale, du volume d'une forte noix. M. le médecin-major, usant d'un procédé qui lui est habituel, avait traité ces tumeurs par une application linéaire de caustique de Vienne dans le sens de leur diamètre.

Le 24 mars, Mme R... revenait à la consultation ; les eschares furent

une tuméfaction notable du nez et du pavillon de l'oreille gauche, dont l'épiderme est soulevé par de larges phlyctènes.

L'état général est mauvais, la prostration considérable. Le ventre est ballonné, il n'y a pas eu d'évacuation alvine. Un lavement purgatif au séné et sulfate de soude, est administré sans résultat.

Pas de miction dans la journée. On évacue par le cathétérisme, 80 grammes d'une urine épaisse et boueuse.

(Prescription : fleur de sureau, tête de pavot, en applications émollientes sur la face, potion calmante au bromure de potassium et à la morphine).

25 mars. — L'érysipèle a gagné toute la face, *y compris le menton*, et a envahi le cuir chevelu, qui est dur, renitent, présentant une teinte rosée et gardant l'empreinte du doigt. Par en bas, l'exanthème a gagné les parties latérales du cou, où il est limité par un bourrelet saillant, d'un rouge livide.

Le délire persiste, la respiration est haute, suspirieuse.

Toux catarrhale fréquente, le malade expulse avec difficulté de gros crachats épais et visqueux.

Râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine.

Pouls petit, fréquent à 110. Température, 38°4.

Pas de selles, pas d'urine. Le cathétérisme donne issue à quelques gouttes à peine d'urine.

(Prescription : vin de quinquina à haute dose, lait, consommé, applications émollientes locales, trente grammes d'eau-de-vie allemande).

Soir. — La teinture de jalap a produit une évacuation involontaire très abondante et extrêmement fétide.

(Potion anti-spasmodique pour la nuit).

26 mars. — Nuit mauvaise, continuation du délire. Au matin, la dyspnée est encore plus marquée.

Teinte cyanosique des parties respectées par l'érysipèle. Langue et lèvres encroutées de fuliginosités noirâtres.

(Prescription : vin de quinquina au Banyuls, lait, consommé, applications narcotiques émollientes).

27 mars. — Aggravation de tous les symptômes.

Respiration stertoreuse, pouls fuyant, température 38°.

Prostration complète.

Ouverture d'une collection purulente développée dans l'épaisseur de la paupière gauche. L'incision donne issue à quelques grammes d'un pus mal lié, de couleur chocolat.

28 mars. — Même état, l'asphyxie fait des progrès croissants, sueur froide et visqueuse.

Le malade ne peut plus déglutir.

L'agonie commence dans la journée,

Mort, à 10 heures du soir.

OBSERVATION III.

Le soir même de la mort de M. B..., son fils, âgé de 32 ans, qui l'avait soigné avec la plus grande sollicitude, est pris de frisson et de fièvre. Il attire notre attention sur une petite plaie siégeant à la face dorsale de l'index droit et qui est très douloureuse. C'est avec ce doigt que dans les dernières heures de la vie de son père, il essayait de débarrasser sa bouche des mucosités tenaces qui l'obstruaient. L'aspect de cette plaie est des plus suspect. L'épiderme qui l'entoure est soulevé par une sérosité roussâtre. Des traînées rouges remontent le long de l'avant-bras, les ganglions de l'aisselle correspondante sont douloureux.

(La plaie est vigoureusement cautérisée à l'acide phénique. Larges onctions mercurielles sur l'avant-bras. Compresses émollientes. Purgatif).

Pendant deux jours, la fièvre dure, puis elle tombe sans qu'apparaisse l'érysipèle, dont elle semblait annoncer l'invasion.

Les jours suivants, la plaie se déterge et se cicatrise.

OBSERVATION IV.

M^me^ B., femme âgée de 68 ans, chétive, gastralgique, atteinte depuis

fendues au bistouri, les parois du kyste saisies avec une pince à griffes et les tumeurs ainsi successivement enlevées sans effusion de sang. Les vides qu'elles laissaient furent comblés avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée au 1/200.

Pendant quelques jours, tout semble marcher à souhait; les plaies marchaient rapidement vers la cicatrisation, donnant à peine quelques gouttes de pus, quand, dans la nuit du 29 au 30 mars, Mme R... fut prise d'un violent frisson.

30 mars. — A la visite du matin, elle est en proie à une fièvre violente, accusant une constriction pénible de la gorge. La muqueuse pharyngienne est rouge, enflammée. Ainsi que chez les autres malades, les régions mastoïdiennes sont empâtées et rougies.

Les plaies opératoires ne sont ni tuméflées, ni douloureuses. Le soir du même jour, l'érysipèle se montrait à l'oreille gauche, gagnant bientôt le front et le nez.

(Prescription : applications narcotiques émollientes, purgatif.)

31 mars au 5 avril. — L'affection suit une marche envahissante, tout en paraissant procéder avec plus de lenteur que dans les cas précédents

La face n'est jamais prise en totalité, et les régions primitivement envahies sont déjà en desquamation avant qu'une nouvelle partie, ne soit prise.

C'est, d'ailleurs, la même forme d'érysipèle, à larges phlyctènes remplacées bientôt par des croutes épaisses et noirâtres.

Pendant toute cette période, l'état général est relativement bon, et sauf une légère recrudescence de l'affection bronchique, rien ne peut inspirer de craintes immédiates.

(Prescription : toute entière tendant à soutenir les forces de la malade. — Consommé, lait, potion de Tood, vin de Banyuls.)

6 avril. — Dans la nuit du 5 au 6 avril, il y a eu un léger redoublement de fièvre, ainsi qu'un peu de délire. Le matin, la malade rend compte de sensations bizarres, qu'elle a éprouvées dans l'œil gauche. Il lui semblait, dit-elle, voir des flammes ardentes. Et ces hallucinations de la vue s'accompagnaient de battements douloureux dans l'orbite.

L'examen comparatif des deux yeux, fait autant que le permet la tuméfaction des paupières, ne révèle rien d'anormal.

7 avril. — L'œil gauche est légèrement projeté en avant et sa saillie entrouvre les paupières tuméfiées. La conjonctive est boursoufflée. La malade accuse des douleurs tensives dans le fond de l'orbite.

La fièvre qui, les jours précédents, s'était atténuée, se rallume.

7 au 10 avril. — L'exophtalmie fait des progrès incessants, et à cette date l'œil très saillant semble sur le point d'être chassé de l'orbite.

Le globe oculaire est dur et immobilisé, propulsé en dedans, du côté du nez.

Le chémosis est énorme et la cornée, d'ailleurs intacte, apparaît comme au fond d'un canal formé par la conjonctive exubérante.

La malade n'aperçoit plus les objets, et les sensations visuelles sont réduites à la perception d'un disque jaune. Des scarifications de la conjonctive n'amènent, comme les fomentations émollientes des jours précédents, qu'un soulagement momentané.

L'on cherche en vain autour de l'orbite, un point fluctuant qui permette d'évacuer le pus, qui vraisemblablement s'est collecté au fond de cette cavité.

11 avril. — Considérant l'œil comme fatalement perdu, à moins d'une intervention énergique et rapide, qui permette de diminuer la tension énorme qui le pousse au dehors, un large débridement est décidé.

Traversant la paupière supérieure à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du rebord orbitraire, un bistouri aigu, long et étroit, est conduit horizontalement dans la direction de l'axe de l'orbite en rasant la voûte de cette cavité ; puis, une sonde cannelée destinée à protéger l'œil, est enfoncée jusqu'à une profondeur de quatre centimètres, et sur elle nous débridons largement en dehors et en haut.

Pas de pus. Hémorrhagie assez considérable (100 à 150 grammes) produit par la section d'une artériole, branche de la lacrymale.

Malgré les chances probables de léser un ou plusieurs conduits

lacrymaux et peut-être la glande elle-même, ce point de débridement s'imposait, et l'on a dû pour lui, abandonner le lieu d'élection de ces sortes de ponctions en bas et en dehors. La direction en bas et en dedans de l'œil propulsé, semblant indiquer un maximum de tension en haut et en dehors, faisait un devoir d'aller rechercher en ce point le liquide auquel il s'agissait de donner issue.

(Une mèche est introduite jusqu'au fond de l'orbite. — Cataplasmes émollients.)

12 avril. — La tension intra-oculaire semble un peu diminuée, les douleurs sont moins vives, la malade a un peu dormi.

(La mèche est changée.)

13 avril. — La mèche étant retirée pour le pansement, on voit sourdre quelques gouttes de pus.

Le chémosis est moins intense, l'œil paraît se mobiliser un peu.

14-15 avril. — Durant ces deux jours, la quantité de pus évacuée par l'ouverture augmente, et concurremment l'exophtalmie et tous les symptômes qui l'accompagnaient diminuent.

16 avril. — Les sensations visuelles reparaissent, elles sont d'abord confuses, puis bientôt de plus en plus nettes.

Le retrait de l'œil s'opère graduellement, mais avec une grande lenteur.

Aujourd'hui, 28 mai, il n'est pas encore absolument achevé, bien que la vision soit complètement réveillée.

Entre temps, quelques jours avant la ponction de l'orbite, se formait à la région sus-hyoïdienne une vaste collection purulente évacuée à l'aide du bistouri.

Cet épiphénomène était bientôt suivi de l'application de nombreux furoncles sur diverses parties du corps.

Les plaies des loupes étaient cicatrisées depuis longtemps.

Et l'érysipèle avait suivi sa marche décroissante, sauf une légère recrudescence, due, selon toute apparence, à des tractions intempestives exercées par la malade sur les croûtes épaisses qui recouvraient encore le visage à cette époque.

Le fait remarquable que nous devons particulièrement souligner dans cette longue observation, c'est que le cuir chevelu est demeuré

indemne, que pendant la marche de l'érysipèle les plaies opératoires ont continué leur évolution cicatricielle et que rien n'autorise à les considérer comme ayant été le point de départ de l'infection érysipélateuse ; et que le principe de celle-ci semble avoir été de toute pièce apporté chez M^me^ R..., malgré toutes les précautions anti-septiques que prenait le médecin qui, à l'époque de l'invasion, passait de la maison B..., au chevet de cette dernière malade.

OBSERVATION VI.

M. R..., mari de la précédente.

Pendant tout le cours de la maladie de sa femme, M. R.... l'a soignée avec le plus grand zèle, et n'a pas cessé de partager son lit.

Le 25 avril, il est pris subitement de frisson violent, de nausées, de douleur à la nuque ; le tout accompagné d'une fièvre intense.

Tout fait présager l'invasion d'un érysipèle analogue à ceux que nous avons vu précédemment évoluer.

Mais tout se borne à l'apparition d'une plaque rouge sur la pommette de la joue droite, et en moins de quarante-huit heures tout rentre dans l'ordre.

Et cette inocuité de l'éruption, à la suite de l'intensité de symptômes d'invasion, laissait dans l'esprit des médecins qui l'observaient l'impression soit du dernier effort de l'épidémie, soit de l'effet d'un virus qui s'est atténué par des transmissions successives, ou qui a rencontré un organisme particulièrement réfractaire à son évolution.

CHAPITRE II.

DISCUSSION DES DIAGNOSTICS.

« Il est tout à fait exceptionnel que l'érysipèle de la face débute « brusquement. Presque toujours, il est précédé de signes précur- « seurs : malaise général, horripilation, brisement des membres, « état saburral, vomissements, céphalalgie plus ou moins intense. « Mais il est surtout deux symptômes importants qui, observés pres- « qu'en même temps, sont de nature à fixer l'attention du médecin, « savoir : le frisson et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires « et de ceux des parties latérales du cou.

« Le frisson, remarquable par sa violence, marque le point de « départ d'un état fébrile qui se continue avec une grande intensité, « l'endolorissement ganglionnaire présentant cette particularité « qu'il précède toujours, et quelquefois de deux et trois jours, l'ap- « parition de la rougeur érysipélateuse.

. . . . . .

« L'érysipèle apparaît. C'est le plus ordinairement, la racine du « nez qui le voit poindre ou quelquefois le front, la pommette, « l'oreille. Il se présente sous la forme d'une plaque, tantôt d'un « rouge vif inflammatoire, tantôt tirant sur le fauve, à surface légè- « rement grenue et se terminant par un rebord sinueux formant un « liseré saillant, qui tranche nettement sur le reste de la peau « saine. » (1).

Voilà un tableau net et saisissant de l'affection qui nous occupe.

(1) Maurice Raynaud (Erysipèle médical. — Tome XIV, page 54, *Dictionnaire de Jaccoud*).

Eh bien, ne dirait-on pas que ces lignes, dues à la plume de M. Maurice Raynaud, sont comme un résumé, mais un résumé fait par un maître, des observations que nous venons de mettre sous les yeux de nos lecteurs, dans le chapitre précédent ?

Quel que soit maintenant l'auteur que nous ouvrions, partout nous retrouverons la même description, partout nous la verrons, en termes presque identiques, se détacher avec la même vigueur, au milieu de quelques divergences de détails.

Partout le frisson, le vomissement, l'engorgement ganglionnaire, la fièvre et, à leur suite, l'éruption de plaques rouges nettement délimitées, sont acceptés comme la réunion de symptômes caractérisant l'érysipèle.

Qu'il soit opératoire ou qu'il soit spontané, médecins et chirurgiens sont obligés de se recopier l'un l'autre pour nous le dépeindre. Et si dans les ouvrages modernes on a conservé cette vieille division de l'érysipèle médical et de l'érysipèle chirurgical, c'est bien plutôt pour obéir à la tradition que par nécessité scientifique. L'un des auteurs du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* l'avoue avec une certaine bonhomie : « Notre comité, écrit-il (1), a décidé que cet article serait divisé en deux parties, confiées l'une à un chirurgien, l'autre à un médecin ; mais lorsqu'il s'est agi d'établir la ligne de démarcation, nous avons bien vite reconnu, mon savant collègue, Maurice Raynaud et moi, que la difficulté serait grande, et que malgré tout nous serions bien forcés de nous rencontrer quelquefois et, dans une certaine mesure, de nous répéter l'un l'autre. »

Et, en effet, quelques lignes plus loin, il écrit de l'érysipèle chirurgical une description à laquelle son collègue n'aura pour ainsi dire pas un mot à changer pour nous donner de l'érysipèle spontané, le magistral tableau que nous avons cité au début de ce chapitre.

A ces symptômes généraux de l'érysipèle ajoutons la dysphagie, l'angine, qui semble surtout mettre plus violemment en lumière

(1) Gosselin (Erysipèle chirurgical. — Tome XIV, page 2, *Dictionnaire de Jaccoud*).

l'engorgement ganglionnaire du cou et la gêne des fonctions qu'il entraîne, et nous retrouvons complète la peinture de l'érysipèle de la face.

Or, dans quatre de nos observations ne retrouvons-nous pas cet ensemble de phénomènes, aggravés par leur siège ?

Chez la femme X.... (Observation I), chez M. B.... (Observation II), chez Mme B.... (Observation IV), chez la femme R.... (Observation V).

Le délire tranquille, l'adynamie, qui chez nos malades viennent assombrir le tableau, sont des symptômes moins nécessaires que l'ascension thermique, l'engorgement ganglionnaire, l'état saburral, le frisson, l'éruption ; mais ils sont fréquents et notés par tous les auteurs comme se présentant chaque fois que l'affection présente un certain degré de gravité.

Il n'est pas jusqu'à l'aspect phlycténoïde que prennent nos éruptions, qui ne soit classique.

Des variations nombreuses ont été observées dans l'état de l'épiderme qui recouvre les plaques érysipélateuses. Les anciens médecins basaient même sur ces différences d'aspect une classification des érysipèles en bulleux, miliaires, pustuleux, phlycténoïdes..... Aujourd'hui ces différences, basées sur la plus ou moins grande abondance de la sérosité qui soulève l'épiderme, sont considérées comme sans importance.

Il est bon cependant de se souvenir qu'elles existent, pour ne pas s'en embarrasser, alors que, comme chez nos malades, elles viennent modifier l'apparence ordinaire de l'érysipèle.

Donc, pour quatre des observations que nous avons citées, il ne nous reste pas de doute.

Nous sommes en présence d'érysipèle grave de la face.

Pour un autre de nos malades, le nommé R.... (Observation VI), le peu de gravité des symptômes ou plutôt leur peu de durée permettent seuls de le séparer des premiers.

Nous retrouvons, en effet, chez lui, les symptômes cardinaux de l'érysipèle. Il a eu le frisson, les nausées, les douleurs à la nuque, la fièvre intense.

En présence d'un malade semblablement atteint, même en dehors du temps d'épidémie, tout imposerait au médecin digne de ce nom, le devoir de prévoir et d'attendre une éruption érysipélateuse prochaine. Ici cette éruption elle-même ne nous fait pas défaut. Une plaque rouge vient faire saillie à la joue droite ; mais en quarante-huit heures elle disparaît et tout rentre dans l'ordre.

Il y a là certainement un fait remarquable. Et bien que de nombreux auteurs, et parmi eux le professeur Trousseau, aient écrit que l'érysipèle de la face est une maladie généralement bénigne, jusqu'ici cette affection ne nous a pas habitué à des atteintes aussi discrètes.

Mais de ce que le malade a été atteint légèrement, est-ce à dire qu'il ne l'a point été, ou qu'il l'a été d'un mal différent de celui des autres ? Certainement non. L'érysipèle s'est présenté chez lui avec une marche à la fois rapide et anodine faite pour frapper notre attention, mais complet, cependant, quant aux symptômes, et impossible à méconnaître.

Plus tard, nous nous proposons de revenir sur l'aspect curieux de ce cas, alors que nous discuterons la nature et l'origine de la maladie ; mais, pour le moment, nous pouvons hautement conclure que notre homme a été atteint de la même maladie que les autres sujets de nos observations, maladie que les conditions spéciales de résistance du sujet ou d'atténuation de la cause ont profondément modifiée, mais qui n'en reste pas moins aussi identique à elle-même que la varioloïde ou les éruptions discrètes le sont, en temps d'épidémie, aux manifestations les plus graves de la petite vérole ou des autres fièvres éruptives.

Jusqu'ici, je le crois, nos diagnostics étaient faits pour s'imposer d'eux-mêmes à tout esprit attentif et non prévenu, et nous pourrions, après l'examen de ces cinq cas, conclure avec les anciens livres classiques, que reconnaître un érysipèle est chose extrêmement facile.

« Rien n'est, en effet, plus simple, lorsqu'il se présente avec l'en-
« semble de ses caractères. » (1).

(1) Maurice Raynaud (*loc. cit.*).

Ce sont là les propres paroles d'un maître que nous citions déjà tout à l'heure. Mais, quelques lignes plus loin, M. Maurice Raynaud nous met lui-même en garde contre cette apparente facilité du diagnostic.

« Je ne crains pas de le dire, néanmoins, écrit-il, il se fait journellement des erreurs qui méritent d'être signalées. Si l'on ne « méconnaît pas l'érysipèle lorsqu'il existe, par contre on croit souvent à son existence alors qu'il n'existe pas. » (1)

Ces paroles sont faites pour faire impression sur notre esprit et pour lui susciter de nombreuses réflexions, alors surtout que nous relisons avec soin la courte observation qui relate le cas de M. B... fils (Observation III.).

Le soir de la mort de son père, M. B... fils est pris de frisson et de fièvre. Une petite plaie qu'il porte à l'index droit est extrêmement douloureuse.

C'est avec ce doigt que, durant les dernières heures de vie, il essayait de débarrasser la bouche et le pharynx de son père, des mucosités qui l'obstruaient. Cette plaie est des plus suspecte, l'épiderme qui l'entoure est soulevé par une sérosité roussâtre. Traînées rouges le long de l'avant-bras, retentissement douloureux dans les ganglions correspondants.

Sommes-nous ici en présence d'un érysipèle léger, comme l'a été le précédent, mais traumatique par sa cause occasionnelle ?

Ou bien avons-nous affaire à une simple lymphangite ? Cette dernière supposition paraît la plus conforme aux habitudes classiques. Nous savons bien que certains auteurs ont affirmé que l'érysipèle lui-même n'est qu'une lymphite (2) ; mais cette opinion, sur laquelle nous aurons à revenir alors qu'il s'agira de nous entendre sur l'essence même de la maladie, n'a plus, depuis longtemps, trouvé de défenseurs. Ici, la plaque limitée et nette de l'érysipèle manque. Et en dernière analyse, c'est le symptôme que tous les médecins qui

(1) Maurice Raynaud (*loc. cit.*).

(2) Desprès.

ont écrit sur ce sujet s'accordent à regarder comme pathognomonique, surtout quand il s'agit de complications érysipélateuses des plaies.

Alors la lymphangite est indiscutable ?

Eh bien non. Le même maître (1), qui tout à l'heure nous mettait en garde contre le danger de trouver de l'érysipèle où il n'y en a pas, nous fait aussi part de ses doutes, alors qu'il s'agit d'établir par la simple observation une limite bien nette entre le domaine de l'érysipèle et de l'angioleucite. Après avoir énuméré les signes différentiels donnés par les auteurs, après avoir réservé et discuté leurs systèmes avec la hauteur de vue qu'on lui connaît, « pour ma part, « écrit-il, plus j'observe, plus j'acquiers la conviction qu'il y a des « cas où il est à peu près impossible de décider d'après les seuls « caractères objectifs, si l'on a affaire à une angioleucite ou à un « érysipèle. Cela touche à une question de doctrine. »

Et, en effet, cela touche à la question de l'essence même de la maladie, essence que l'observation seule peut faire pressentir, mais non révéler.

Ces deux affections se touchent et se confondent par leur siège anatomique, lorsqu'on ne peut avoir sous les yeux que leurs manifestations locales. C'est ce qui a conduit un esprit aussi net, mais peut-être aussi trop étroitement observateur, que celui de Desprès, à conclure qu'on ne pouvait les séparer et que l'érysipèle n'était qu'une lymphite.

Quand, au contraire, on s'inquiète de l'origine, de la cause probable de la maladie, l'irritation locale, cause de l'une, l'état général qui accompagne l'autre, les séparent absolument.

Et, sans nous lancer, pour le moment, dans la discussion des questions de doctrine sur lesquelles nous aurons à revenir tout à l'heure, nous pouvons déjà dire que dans le cas qui nous occupe, rien ne nous paraît plus byzantin que cette explication forcée du frottement du doigt sur les dents du malade en nettoyant sa bouche.

(1) Maurice Raynaud (*loc. cit.*).

Rien de plus étrange en dehors d'elle, pourtant, que ces mucosités irritant une plaie alors que leur composition, leur nom même, qui en découle, sembleraient indiquer leur nature émolliente.

Quoi de plus simple, au contraire, que l'infection par cette plaie, étant donné le contact prolongé de l'érosion avec les expulsions d'un malade infecté lui-même.

Mais je m'arrête, le moment n'étant pas venu d'entamer une discussion sur ce point.

Réservons ce diagnostic. Nous nous efforcerons d'achever de l'éclairer lorsque nous nous serons fait sur la nature de la maladie qui nous occupe, une opinion précise et raisonnée.

CHAPITRE III

CAUSES DE LA MALADIE

—

Voilà six malades atteints, nous pouvons dire simultanément. Cinq d'entre eux le sont d'une affection identique à elle-même et bien caractérisée : l'érysipèle de la face. Le sixième est, au même moment, frappé d'un mal dont le nom reste en discussion, mais dont la parenté avec la maladie des premiers ne saurait être contestée.

Quelle manière d'être commune présentent ces différents sujets, qui ait pu les désigner d'avance aux coups du sort ?

Quelles sont, en dehors d'eux, les conditions spéciales qui, dans le

milieu ambiant, ont pu amener ou favoriser le développement de l'affection dont ils sont porteurs ?

Ce sont là des questions que, depuis l'origine de la médecine, on a coutume de se poser toutes les fois qu'on s'occupe d'étiologie. C'est l'accumulation des réponses qui, dans la suite des temps, ont été faites à cette série méthodique d'interrogations qui constituait autrefois toute la richesse scientifique de nos pères. C'est de l'interprétation et de la comparaison des documents entassés par les observateurs qui ont tenté d'y répondre, qu'était, jusqu'au commencement de ce siècle, sortie toute la science médicale.

En ce qui concerne nos malades, allons-nous incriminer leur âge, leur sexe, leur tempérament ? Cela ne nous est guère possible, car nous voyons dans un nombre de cas, bien restreint pourtant, le mal frapper indifféremment des hommes, des femmes, des vieillards, des jeunes gens, une vieille femme débile et usée, M^me^ B...., et, au contraire, un homme d'une constitution athlétique, son mari.

Cette diversité dans les personnes atteintes serait-elle par hasard un fait extraordinaire en présence de l'érysipèle ? et aurions-nous le droit de nous en étonner ?

Mon Dieu, non. Si nous consultons la série des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, nous les voyons ou bien être d'accord quant au peu de fond qu'on peut faire sur ces différentes conditions personnelles relativement à la prédisposition aux érysipèles, ou, au contraire, se contredire de la façon la plus manifeste suivant les hasards de leur pratique personnelle.

« L'enfance, » dit Franck, « est une cause qui prédispose à l'érysipèle. » « Tous les âges sont égaux devant lui, » écrit Maurice Raynaud.

Le sexe n'a guère plus d'influence. Car si presque tous les auteurs anciens, se répétant l'un l'autre, admettaient des atteintes plus fréquentes chez la femme, depuis, les statistiques de Gintrac (1) disent oui, mais celles de Burgrave (2) disent non.

(1) Gintrac, *Dictionnaire de médecine*, t. V, 1862.

(2) Burgrave, *Œuvres médico-chirurgicales.*

Le même désaccord règne quant aux tempéraments. Les uns ont fait de l'érysipèle le mal des gens bilieux ; les autres, celui des lymphatiques. La première de ces opinions n'a plus cours depuis bien longtemps ; quant à la seconde, Dandé (de Marvejols), dans son remarquable *Traité de l'érysipèle épidémique*, la dément formellement. « Nous rappellerons toutefois que les personnes lymphati-« ques ne sont pas plus souvent atteintes que les autres. »

Allons-nous maintenant faire intervenir les conditions extérieures communes à nos malades ? La maladie est-elle spéciale ou seulement habituelle au pays qu'ils habitent ?

Depuis longtemps, l'ubiquité du mal qui les frappe est démontrée. Et nous devons à Gintrac (1) l'histoire des pérégrinations de l'érysipèle à travers l'Amérique du Nord, du Canada à la Floride, c'est-à-dire des pays froids jusqu'au Tropique.

La saison ne saurait non plus être mise en cause, bien que, depuis le père de la médecine, il soit acquis que la chaleur et l'humidité favorisent le développement de la maladie qui nous occupe.

« Enfin, écrit Maurice Raynaud, toutes les causes déprimantes : « malpropreté, misère, encombrement, si elles ont quelquefois créé « des conditions spéciales d'opportunité, n'ont jamais fait naître « l'érysipèle. »

On l'a vu, au contraire, frapper, et violemment, sur les malades de salles fraîchement mises à neuf, et, aujourd'hui, nous assistons aux coups qu'il porte à des gens dispersés, les uns pauvres, les autres vivant dans l'aisance.

De tant de causes invoquées dans la suite des temps, une seule subsiste et est acceptée par tous comme prédisposant d'une façon indiscutable à l'érysipèle : c'est le traumatisme.

Il est certain que les gens porteurs de solutions de continuité des téguments ou des muqueuses, sont, en temps d'érysipèle, presqu'à

(1) Gintrac, *Journal de médecine de Bordeaux.*

(2) Hippocrate. « La 4e année fut austral, humide et douce.... Survinrent beaucoup d'érysipèles. »

coup sûr atteints, et cela d'autant plus que leurs plaies semblent plus légères.

C'est là un fait qui n'est plus contesté et qui a pris une telle importance dans la discussion de l'étiologie et de l'érysipèle, qu'il a divisé les meilleurs esprits, et que, tandis que les uns, tout en admettant la fréquence de l'érysipèle comme complication des plaies, soutenaient l'existence d'un érysipèle spontané de cause interne, les autres, plus absolus dans leurs conclusions, voulaient, avec Trousseau, que, quelle que soit la marche de l'érysipèle, il ait toujours pris naissance autour d'une excoriation ou d'une plaie : solution de continuité que son peu d'importance ou la profondeur de son siège peut faire passer inaperçue.

« Je le répète, dit, dans sa clinique, le professeur de l'Hôtel-Dieu, « observez attentivement les faits que vous rencontrerez, et, sinon « toujours, du moins dans la presque universalité des cas, vous « trouverez en un point quelconque du visage, à l'angle de l'œil, « dans le nez, aux lèvres, derrière l'oreille, sur le cuir chevelu, une « petite lésion des téguments. Souvent, ce sera une ulcération « herpétique du visage ou des membranes muqueuses de la gorge « qui aura causé tout le mal, ou bien encore ce sera une ulcération « des gencives, occasionnée elle-même par la présence d'une dent « cariée. En définitive, s'il faut, bien entendu, tenir compte de la « prédisposition individuelle, et plus encore d'une cause générale « qui nous échappe, il est besoin d'une cause occasionnelle détermi- « nante. Cette cause a donc une part essentielle, et non secondaire, « au développement de la maladie... Et quand on pourrait croire « que cette cause occasionnelle fait défaut, en cherchant avec soin, « on finit le plus souvent par la découvrir. » (1)

C'est l'opinion que soutenait Piorry; c'est celle à laquelle se sont ralliés Gosselin et Maurice Raynaud, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*

« Dans la presque universalité des cas, en cherchant bien, on trouve

(1) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 177, 1868.

« une petite lésion cutanée, et cette proposition ne s'applique pas « seulement à l'érysipèle du tronc et des membres, mais aussi à « l'érysipèle de la face, l'érysipèle médical par excellence. » (1)

Et cette opinion leur semble entourée de telles garanties qu'alors qu'ils ont accepté l'avis de leur Comité de rédaction et se sont partagé l'histoire de l'érysipèle, le médecin et le chirurgien sont tombés d'accord pour supprimer le mot d'érysipèle spontané, qui semblait être la conséquence d'une différence d'origine admise entre l'érysipèle compliquant les plaies et l'érysipèle de la face, et l'ont remplacé par le mot d'érysipèle médical, qui, s'il implique une différence dans la marche de la maladie, ne préjuge rien quant à son origine.

Et c'est tellement là l'expression de la pensée de l'auteur qu'avant de commencer, comme pour marquer le sacrifice fait à la tradition en séparant l'étude de ces deux formes d'une même affection, il ne peut s'empêcher d'écrire : « Entre les pages qui précèdent et celles « qui vont suivre, il y a moins une différence de sujet qu'une diffé- « rence de point de vue » (2).

Appuyé sur de telles autorités, nous pouvons sans crainte, étant donnés nos malades atteints incontestablement d'érysipèle, admettre qu'ils ont présenté la solution de continuité nécessaire comme cause occasionnelle de la maladie. Mais, cela admis, la question se trouve-t-elle tranchée ? Pas le moins du monde : elle n'est que reculée ; à moins que, nous ralliant aux idées de Desprès, nous ne regardions l'érysipèle comme une simple inflammation, une variété de l'angioleucite, puisant ses différences d'allures dans les qualités propres du malade atteint.

« Il est si facile de produire à volonté un érythème, une phlébite, « une angioleucite, un phlegmon, si impossible, par contre, de « déterminer à coup sûr le développement d'un érysipèle » (3), que nous ne saurions nous arrêter à semblable théorie.

(1) Maurice Raynaud, *Dictionnaire médical et chirurgical pratique.*

(2) Maurice Raynaud, *loc. cit.*

3) Dandé (de Marvejols), *Erysipèle épidémique.* — Paris, 1867.

Il nous faut donc chercher plus loin, et, étant données toutes les causes occasionnelles et prédisposantes réunies, chercher sous quelle influence ces causes, si banales en elles-mêmes, ont aujourd'hui donné naissance à une entité morbide si nettement définie. Que la lésion externe soit indispensable, comme le veut Trousseau; qu'au contraire, elle n'ait jamais qu'une intervention secondaire dans la production de l'érysipèle, suivant l'opinion de Blache et de Chomel (1), « il faudra toujours tenir compte de l'influence d'une cause « générale dont la nature nous échappe... Cela est admis par tous « les médecins. » (Trousseau, *Clinique.*)

Or, comment, tout en laissant de côté sa nature, allons-nous pouvoir expliquer la première apparition de cette cause, de ce germe de la maladie? Allons-nous être obligé de nous payer de mots, comme aux premiers âges de la médecine? Et notre esprit se déclarera-t-il satisfait lorsqu'après Hippocrate, nous aurons répété que l'érysipèle a pris naissance sous une influence épidémique, par suite d'une constitution médicale spéciale?

Cette formule est assez vague. Et pourtant elle implique certaines limites au vaste cadre qu'elle laisse libre, pour y classer les différents modes d'apparition de la maladie qui nous occupe. Et justement les quelques cas que nous avons sous les yeux, semblent difficilement s'astreindre à de semblables limites.

Voilà, en effet, cinq malades atteints. Cinq seulement, d'abord, et cela au milieu d'une population nombreuse. De plus, ces cinq malades se partagent en trois foyers absolument distincts et largement isolés les uns des autres.

Il y a presqu'un kilomètre de la maison de la femme X...., à l'habitation de la famille B..... Le ménage R..... habite lui-même presqu'aussi loin de chacun de ces deux premiers points. Entre les trois sommets du triangle formé par les domiciles de nos sujets, trouvent place un nombre considérable de maisons, maisons presque toutes isolées par des jardins, rangées en bordure le long des quatre

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, Discussion sur l'origine de l'érysipèle. — Paris, 1858.

routes qui viennent converger à Guérigny ou bien formant des rues qui vont, sous divers angles, d'un rayon à l'autre de cette étoile, n'en constituant pas moins un gros bourg assez étendu en surface, mais représentant sans véritable solution de continuité, une agglomération de plus de 2,000 personnes.

Comment allons-nous faire accorder cette topographie des lieux, avec notre constitution médicale générale ? Comment rendre concordante cette intégrité des maisons séparant les points atteints avec une influence épidémique dont la définition même implique la trace du passage de la maladie ? Dirons-nous que sur cette foule d'habitants réunis, cinq seulement présentaient les conditions nécessaires à la réceptivité de la maladie ? ou bien conclurons-nous qu'il y eut simplement coïncidence dans une modification spéciale de l'atmosphère, ne portant que sur les trois milieux où se produisit l'érysipèle. Et allons-nous ainsi retomber dans le chaos des causes prédisposantes ou bien morceler et restreindre aux maisons habitées par nos malades la fameuse influence épidémique ?

Tout cela ne me semble ni simple, ni satisfaisant. Car s'il est indiscutable que l'érysipèle peut prendre, dans toute l'acception du mot, l'allure épidémique ; si, à certains moments, il semble que son germe soit dans l'air qu'on respire et que la moindre cause soit pour elle une occasion d'éclater, nous ne voyons en rien ici les choses se passer de la sorte, et sans vouloir conclure à la non existence de l'épidémie, à cause de son peu d'importance, nous ne pouvons nous empêcher de constater combien l'explique peu une prétendue altération de l'air, et de trouver singulièrement retrécie dans ses effets cette prétendue influence épidémique, qui ne se fait sentir qu'en des points sans intermédiaires.

Bien loin de nous la pensée d'émettre un doute sur l'épidémicité de l'érysipèle. Sa possibilité est un fait. Constatée pour la première fois par Hippocrate, elle n'a trouvé, dans la suite de l'histoire, que de rares et pâles contradicteurs, tandis qu'au contraire, les maîtres les plus illustres se sont plu à faire ressortir son exactitude, en se faisant les historiens des épidémies d'érysipèle qu'ils ont eu l'occasion d'observer. Sa fréquence a donné lieu à plus de discussions ;

mais elle a cessé d'être mise en doute depuis que, successivement, les docteurs Pujos (1) et Dandé (de Marvejols) (2) ont, avec des prodiges d'érudition, relié à travers les siècles la chaîne des apparitions de l'érysipèle épidémique.

Mais, encore une fois, ici, en présence de nos quelques malades, répandus loin les uns des autres, au milieu d'une population dense, comment pouvons-nous avoir le droit d'employer ce mot d'épidémie qui entraîne après lui la pensée « d'une maladie qui attaque dans « le même temps, dans le même lieu, un grand nombre de person- « nes, et dépend d'une cause commune et générale, née accidentel- « lement. » (3).

C'est cette communauté de cause qui nous échappe, et que l'idée de constitution médicale est impuissante à nous faire accepter. C'est un lien entre ces cas, signalés avec une semblable simultanéité, qui nous manque, que notre esprit s'obstine à pressentir, et qu'il nous faut chercher.

En dehors de cela rien ne saurait nous satisfaire, car si tous les auteurs, même ceux qui, comme Trousseau, admettent la fréquence de l'épidémie et la gravité qu'elle ajoute à la maladie, si tous, dis-je, admettent l'apparition de cas sporadiques d'érysipèle, aucun ne veut se contenter, en présence de cas multiples, de croire à de simples coïncidences. Et nous-même ne saurions, dans les circonstances présentes, après avoir observé presqu'au même jour l'existence de six cas d'une même maladie, endormir notre jugement en le berçant de la possibilité d'un hasard aussi extraordinaire.

Les maisons qu'habitent nos malades sont à de grandes distances les unes des autres, et nous ne saurions admettre le morcellement d'une constitution médicale, ni l'efficacité d'un génie épidémique, limité à trois foyers isolés et dépourvus de rayonnement.

(1) Pujos. — Thèse de Paris, 1865. — *Érysipèle épidémique.*

(2) Dandé (de Marvejols), *Traité de l'érysipèle épidémique* — Paris, 68.

(3) Littré et Robin, *Dictionnaire de médecine.*

Mais n'est-il pas possible que cette altération de l'atmosphère ait existé en un point seul, et que chacun de nos gens soit venu lui-même en ce point subir son influence, puis ait emporté avec lui, dans sa maison, le germe de l'affection qui l'étreint ?

Le fait serait possible et en même temps séduisant. Malheureusement, s'il s'applique au plus grand nombre de nos malades, étant données les fonctions de chambrière remplies par la femme X...., dans la maison B....., le ménage R..... est resté, lui, complètement en dehors de toute intimité avec ses compagnons de souffrance.

Or, il eut été inutile de nous récrier contre la possibilité de trois foyers isolés, pour en admettre deux, quelle que soit la facilité plus grande de croire alors à une coïncidence.

Cherchons plus loin encore : N'y a-t-il pas eu entre les deux maisons un échange d'objets ou de visiteurs ?

Eh bien oui, pendant que le fléau sévissait d'un côté, il est quelqu'un qui constamment a servi de trait d'union avec l'autre. Et ce quelqu'un, c'est le médecin qui chaque jour passait du chevet de M. B..., érysipélateux, à celui de M^me^ R..., atteinte de catarrhe pulmonaire, et porteur à la tête de plaies opératoires en voie de guérison.

Mais ici nous voilà bien loin de cette constitution médicale dont nous parlions tout à l'heure, bien loin de cette altération de l'atmosphère produisant l'épidémie. Car comment expliquer qu'après une longue course au grand air, qu'après un long intervalle entre les deux visites, le médecin ait pu garder dans les plis de ses vêtements assez de cet air modifié pour que M^me^ R... en soit influencée. Et non seulement pour cela, mais aussi pour modifier complètement la valeur sanitaire de la maison et permettre à M. R... lui-même de se voir atteint par l'érysipèle.

Cela n'est pas admissible, et l'air ne saurait être incriminé ainsi. Que plus tard, la maladie évoluant, il se soit créé un foyer dans cette maison, la chose est vraisemblable ; mais d'abord il a fallu que le médecin y apportât quelque chose de réel, un germe, une cause bien définie de la maladie, capable de la reproduire et incapable d'en reproduire aucune autre. Ce germe, apporté là par un vecteur indemne, mais qui l'a puisé à bonne source, a trouvé un terrain bien

préparé sur cette femme débile, malade, et qui de plus est sous l'influence d'un traumatisme ; il s'est développé, a évolué, s'est reproduit et a frappé le mari qui vit en commun avec cette nouvelle malade.

Voilà un mode non pas d'origine, mais de propagation de la maladie, qui se trouve vraiment en rapport avec nos habitudes scientifiques, qui nous saisit, qui s'impose.

Inutile maintenant d'employer des formules sonores et vides pour nous rendre compte des premiers faits. Devant ce fait d'un contact bien établi pour une partie de nos malades, tout s'éclaircit et se précise.

De même que chez Mme R..., le germe apporté s'est développé ; de même, dans la maison B..., après l'apparition du premier cas, un foyer a pu se former. Pouvons-nous, en effet, croire à son existence d'emblée ? Cela ne me paraît pas probable, et, quelle que soit le peu d'intervalle qui sépare les jours où chacun des malades s'alita, je crois que nous devons faire remonter jusqu'au premier atteint, l'origine du mal, et je crois que la femme X... qui, souffrante depuis plusieurs jours, s'arrêta le 22 mars, doit être considérée comme le premier terrain sur lequel sporadiquement s'abattit et se développa le germe de la maladie qui devait frapper tous les autres.

D'ailleurs, peu nous importe qu'elle ait importé la cause de la maladie dans la maison B..., ou qu'elle soit venue l'y puiser. Ce qui nous intéresse et nous frappe en cette étude des faits, c'est la presque certitude où nous restons, que tous nos cas d'érysipèle ont eu une commune origine et se sont transmis par contagion. C'est que si un foyer épidémique s'est formé, cela n'a eu lieu qu'à la suite de l'introduction, de toute pièce, d'une cause de maladie dans la maison incriminée.

La question ainsi posée, n'est-elle que reculée ? Nous ne le croyons pas.

Nous venons, il est vrai, nous heurter de nouveau à ce problème de la cause de la maladie ; mais ici il se confond avec celui de son essence intime.

Et maintenant que nous avons établi son mode de prapagation,

que nous avons dégagé sa première apparition, que nous l'avons vu s'éteindre en dehors du contact, nous allons pouvoir, ajoutant à ces données, celles que nous a déjà fournies la marche de la maladie, essayer de nous faire une opinion raisonnée sur la nature probable de ce germe que nous avons vu évoluer et se transmettre.

CHAPITRE IV.

NATURE DE LA MALADIE.

Autant le caractère d'épidémicité de l'érysipèle est un fait observé, admis, depuis l'origine de la science, autant l'idée de sa transmissibilité directe du malade à l'homme sain est relativement récente. Jusqu'au XVII[e] siècle, les observateurs se sont bornés à constater la fréquence de l'érysipèle en séries nombreuses, sans chercher entre les différents cas dont la réunion constituait l'épidémie qu'ils avaient sous les yeux, d'autre lien qu'une cause générale, agissant à la fois et de la même manière sur tous les gens atteints.

Même chez les Anglais, où la contagion de l'érysipèle fut acceptée d'abord, en 1676, Sydenham, fortement éprouvé dans ses malades par une épidémie de cette maladie, la compare à la peste, admet comme pour celle-ci un principe infectieux répandu dans l'air, mais abandonne complètement le rapprochement quand il s'agit de la transmissibilité possible et écrit : « *In eo tamen erysipelacœa* « *pestilentale febre differt, quod non ex contagio sive cum*

« *externa sed de interna oriatur*, » différenciant presque seulement deux affections par ce seul caractère de la non contagion.

Il faut venir jusqu'en 1709, avec Rudlin, puis en 1760 avec Grégory, en 1800 avec Wels, pour trouver des défenseurs à l'idée de la contagion.

Depuis, Blackett, Lawrence, Graves l'admettent sans réserve ; mais ils trouvent encore même en Angleterre, des contradicteurs passionnés, et leur compatriote et contemporain Bateman, met en doute leurs observations et infirme toutes leurs conclusions.

En France, c'est Costallat, qui, dans sa thèse inaugurale en 1832, déclara, le premier, possible la transmission de l'érysipèle d'un malade à un sujet sain.

D'ailleurs, cette proposition inattendue, et si fort en contradiction avec les habitudes de l'école, ne fut pour ainsi dire pas discutée. Les maîtres s'en tinrent aux idées régnantes, et leur jugement se trouve tout entier formulé dans cette phrase de Bouillaud : « On « regrette qu'un observateur tel que M. Costallat ait paru se pro- « noncer en faveur de cette opinion que rien n'autorise sérieuse- « ment » (1).

L'idée n'était pas dans l'air, comme l'écrit Dandé. Et le silence se fit vite autour de cette sorte de révélation.

Pendant de longues années, les partisans de la non contagion furent seuls à enseigner leur doctrine. Et Rayer, Chomel, Blache, Hardy, Behier répétèrent à leurs disciples que l'érysipèle est une maladie exanthématique non contagieuse.

La seule voix autorisée qui, au milieu d'une unanimité aussi imposante, s'élève en France, contre ce que cette affirmation a d'absolu est celle de Gintrac, qui, dès 1844, écrivait dans le *Journal de Bordeaux* : « Qu'on fasse intervenir la sécheresse, la chaleur, l'hu- « midité, on ne peut trouver là une cause unique, ni même princi- « pale, des épidémies d'érysipèle. Chaque année, on observe des « excès et des vicissitudes de température et ces épidémies ne corres-

(1) Bouillaud, *Nosographie médicale*, t. I, page 184.

« pendent pour à ces diverses influences. Il faut admettre d'autre « cause, d'autres agents, quelque miasme inconnu.

« Ce miasme, serait-il de nature contagieuse? C'est une question à « examiner. »

Celui-là seul apportait dans l'observation des faits, un esprit assez libéral, assez dégagé de parti-pris, pour admettre, pour appeler même la discussion.

Plus tard, ce sont des jeunes gens, et en petit nombre, qui révèlent, et presque toujours dans leurs thèses inaugurales, des faits observés par eux, et qui paraissent en contradiction avec les idées que leur ont enseignées leurs maîtres.

C'est, en 1847, Clément Olivier, d'Angers; en 1858, Laubé; en 1860, Roger; en 1861, Fenestre; puis c'est Pojos, puis Landé (de [illegible]).

Mais déjà le petit nombre est devenu légion, les plus anciens d'entre eux sont devenus des maîtres et des hommes de la valeur de Bouchardat, de Follin, de Gosselin, de Trousseau, d'Azam, appuient ou inspirent les plus jeunes.

Aujourd'hui, il n'est plus permis de mettre le fait en doute:

« Voici une maison, un appartement, dans lesquels aucune raison « d'infection n'existe. Un érysipélateux s'y trouve, une ou deux « personnes y contractent l'érysipèle. Ne faudrait-il pas beaucoup « de bonne volonté pour admettre que les miasmes qui ont altéré « l'atmosphère et au moyen desquels la maladie s'est transmise sont « autres que ceux qui proviennent de l'érysipèle? »

Il faudrait plus, il nous semble: il faudrait beaucoup de parti-pris.

Qu'on discute encore sur la question de savoir si l'infection ou la contagion sont en cause, peu nous importe. Pour nous, d'ailleurs, elles ne s'excluent nullement. Et si lorsqu'on observe uniquement à l'hôpital, la première paraît seule être en jeu. La seconde, au contraire, reprend une incontestable priorité d'action, lorsque l'on voit, à la campagne, la maladie se communiquer par les moyens les plus indirects, être, comme le fait a été fréquemment observé, et comme

nous l'avons vu nous-même, dans notre Observation V, portée par le médecin indemne dans une maison jusque-là non contaminée.

Nous sommes, en effet, en présence non-seulement d'une altération, d'une infection de l'air, capable d'influencer l'état général d'un sujet, mais de quelque chose de plus d'un germe, d'un virus capable d'être recueilli dans cet air altéré, d'être conservé, transporté, et de retrouver toute son action lorsqu'il rencontrera un terrain bien préparé pour le recevoir.

Ce sont-là absolument les caractères spécifiques du principe des maladies virulentes et des fièvres éruptives. Et, étant donnés le retentissement de la maladie sur tout l'organisme, l'état général, la pyrexie qui accompagnent l'érysipèle, cette comparaison de l'érysipèle avec les fièvres éruptives devait naturellement venir à l'esprit des observateurs.

C'est, en effet, un rapprochement qui date de loin. Et chose bizarre, ce sont les partisans de la non contagion qui pendant longtemps, avec assez peu de logique, ont appelé l'attention sur les rapports qui existent entre ces affections, mais qui, en dédoublant pour ainsi dire les qualités des fièvres éruptives, enseignent que l'érysipèle est une fièvre « exanthématique non contagieuse » (1).

Nous avons vu que le temps et des observations plus rigoureuses avaient fait justice de cette dernière assertion.

Alors, étant données sa marche, son allure, sa transmissibilité, l'érysipèle doit-il demeurer pour nous, associé à la variole, à la rougeole, à la scarlatine ?

L'association est certainement loin de paraître absurde. L'état général qui ouvre la marche des symptômes, le frisson, le vomissement, la fièvre, puis l'apparition des plaques rouges saillantes et limitées, voilà un tableau qui ressemble certes, et beaucoup, à celui de l'ensemble d'une des fièvres éruptives connues.

Aussi des maîtres n'ont-ils pas hésité à admettre presque complètement l'identité de ces deux genres de maladies.

(1) Rayer, *Maladies de la peau*, tome II, page 165.

qu'elle nous a indiqué la voie dans laquelle devaient s'engager nos recherches, allons-nous la trouver impuissante à concorder avec tous les phénomènes observés ?

Le marais, en effet, nous donne, d'une façon incontestée, la source des infiniment petits, qui, absorbés par l'organisme, sont la cause des manifestations si variables du paludisme, depuis les simples phénomènes d'intermittence des pays tempérés jusqu'à la sidération complète produite par l'action plus rapide et plus intense, du miasme tropical.

L'accumulation des déjections humaines, le miasme humain lui-même, sont, nous le savons, la cause de la production du typhus et de la fièvre typhoïde.

Mais, quand il s'agit de l'érysipèle, aucune observation de ce genre ne concorde. L'encombrement, la malpropreté, ne sont, nous l'avons déjà dit, que des causes banales pouvant fournir à la maladie une occasion d'éclater, mais, pas plus que l'humidité ou la température, capables d'avoir une influence sur la production du germe qui la fait naître. L'influence nosocomiale, si souvent incriminée, ne saurait non plus être mise en jeu ; car, à chaque instant, l'on voit l'épidémie surgir en des salles neuves, et souvent, et c'est notre cas à nous, on l'observe à la campagne, dans un milieu éminemment hygiénique.

Nous voila donc encore, malgré nos recherches dans les auteurs, sans renseignements précis sur la nature du principe qui a occasionné l'apparition de l'érysipèle dans un pays où, depuis des années, nul n'avait entendu parler de lui.

Nous avons acquis l'intime certitude qu'il existe là un principe actif et matériel, cause de tout le mal. Mais si nous avons pu le saisir sur le fait, et si, en attendant que le microscope et la chimie nous aient révélé sa nature, nous avons pu, par son action sur l'organisme humain, nous convaincre de son intervention, son origine, sa source, nous échappent encore.

Rien dans le milieu qui entoure nos malades ne semble fait pour lui donner naissance. Rien, nous disent les auteurs, ne peut être soupçonné à bon droit de fournir à son développement.

Rien, avons-nous dit, dans le milieu qui entoure le malade ; rien en dehors lui. Mais le malade lui-même ne pourrait-il pas, à lui seul, être la cause de son mal ? En un point quelconque de son organisme, ne pourrait-il pas porter la source dont est sorti ce germe morbide qui l'a envahi tout entier par la suite ?

Depuis longtemps, les chirurgiens, Velpeau en tête, s'occupant surtout de l'érysipèle qui complique les traumatismes, enseignent non seulement que le virus spécial, la cause du mal, est absorbé par la plaie, mais encore qu'il peut tout simplement consister en une altération du pus à la surface de la plaie.

« L'érysipèle légitime, dit Velpeau, est le résultat d'une espèce « d'empoisonnement par suite de l'introduction dans l'économie d'un « agent méphytique, de nature inconnue, et dont l'organisme tend à « se débarrasser. En chirurgie, cet empoisonnement vient souvent « de l'extérieur, et les plaies qui sont en suppuration donnent sou- « vent à cette maladie l'occasion de se développer par suite de « l'absorbtion d'une certaine quantité de pus secrété à leur sur- « face. » (1) « L'érysipèle, dit Piorry, se déclare presque toujours « autour des plaies ou d'ulcérations. Quelque petite que soit la « surface dénudée, s'il arrive que le pus s'altère par suite du contact « de l'air ou autrement, l'inflammation s'étend de proche en proche. « C'est le cachet septique, en rapport avec la décomposition du « pus, qui donne peut-être son caractère extensif à la maladie dont « il s'agit. »

Ainsi, nous voilà en présence d'une théorie qui ferait consister la cause morbide que nous cherchons tout simplement dans la transformation septique du pus à la surface des plaies et même plus simplement encore dans l'absorption d'une certaine quantité de pus.

Nous sommes loin déjà du temps où Gintrac signalait les idées des médecins américains sur le danger qu'il y a de visiter une nouvelle accouchée, après avoir été donner des soins à un érysipélateux ; loin du temps où Trousseau, pour la première fois, faisait remarquer,

(1) Velpeau, *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 285.

à sa clinique, la concordance qu'il observait entre l'apparition de l'érysipèle dans les hôpitaux et l'apparition de ce qu'on appelait alors la fièvre puerpérale.

« Il viendra un temps, disait alors le savant maître, où cette « vérité démontrée sera de notion vulgaire. »

Cette opinion si hautement affirmée passa alors inaperçue.

Plus tard, de plus en plus convaincu de la justesse de son idée, appuyé cette fois de Velpeau qui, comme lui, croyait à une communauté d'origine entre une foule d'états distincts, jusque là confondus sous le nom de fièvre puerpérale, « ils ne purent susciter à l'Aca- « démie de médecine une discussion sérieuse et ne firent qu'exciter « l'hilarité, alors que pour rendre plus frappante la pensée qu'ils « soutenaient, ils s'écriaient qu'ils avaient vu, à la suite de l'abla- « tion d'une tumeur, un homme mourir de la fièvre puerpérale. » (1)

Aujourd'hui ces idées étendues, précisées, sont, comme le prévoyait Trousseau, devenues vulgaires.

« Dans l'état actuel de la science, écrit Maurice Raynaud, ce mot « de fièvre puerpérale est beaucoup trop extensif. Il doit être « considéré non comme désignant un état morbide toujours le même, « mais tout un groupe d'affections, parfois fort diverses sous une « physionomie semblable, et réunies moins par une véritable affinité « que par la similitude des circonstances qui leur donnent naissance.

« Quelle part respective convient-il de faire à la métrite, à la « lymphangite, à la phlébite, à l'infection purulente, à l'infection « putride? Cela reste à déterminer. Mais ce qui est certain, c'est que « l'érysipèle doit avoir une place au milieu des affections réunies « sous le nom de fièvre puerpérale. » (2)

De là cette prédisposition si souvent attribuée par les auteurs, à la femme et à l'enfant nouveau-né ; alors que tous deux, l'un par suite du décollement du placenta, l'autre par suite de la chûte du cordon, sont également sous l'influence d'un traumatisme considérable qui, sous le nom d'état puerpuéral, est à l'heure qu'il est considéré

(1) Dandé (de Marvejols) (*loc. cit.*).

(2) Maurice Raynaud, *Dictionnaire Jaccoud.*

comme l'occasion la plus favorable à la naissance de toutes les affections septiques.

Ainsi, l'origine traumatique de l'érysipèle s'affirme de plus en plus ; de plus en plus aussi son étroite parenté, sa commune origine avec les affections dues à l'absorption des produits altérés des plaies.

Eh bien ! après cette digression longue, mais non inutile, sur l'étiologie de l'érysipèle, revenons vers les observations qui nous ont fourni l'occasion de ces recherches.

En relisant avec soin l'histoire de la marche qu'a suivie l'érysipèle chez chacun de nos malades, ne sentons-nous pas ce rapprochement, fait par les auteurs entre les affections que nous appellerons d'origine purulente et la maladie qui nous occupe, s'imposer de plus en plus à notre esprit.

Les complications qui surgissent apportent toutes comme un nouvel argument en faveur de ce rapprochement qui nous séduit.

Que voyons-nous en effet se produire ? De vastes collections purulentes. Chez M. B... (observation II), c'est la paupière inférieure gauche qui, ouverte par le bistouri, laisse échapper un pus de couleur chocolat. Chez M^me^ R... (observation V), c'est au fond de l'orbite que se développe un phlegmon ; puis c'est la région sushyoïdienne qui se met à son tour à suppurer.

Or, si les suppurations sont fréquentes à la suite de fièvres éruptives ou infectieuses, elles sont d'ordinaire comme le signe d'un état de déchéance énorme de l'organisme, à la fin d'une maladie longue et difficilement supportée. Mais ici la rapidité de l'évolution de la maladie, le peu de temps que mettent les complications à apparaître après son invasion, ne sauraient autoriser une pareille interprétation. Ces abcès nous apparaissent bien plutôt comme une manifestation spécifique de l'érysipèle dans sa forme grave ; — manifestations qui sont en tout semblables à celles qui caractérisent l'infection purulente.

De plus, chez un autre de nos malades, M. B... fils (observation III), nous voyons, à la suite du contact prolongé avec les expulsions de son père, une plaie qu'il porte au doigt devenir le théâtre de phénomènes suspects. Une lymphangite pour le moins s'est déclarée avec

tout le cortège de symptômes qui accompagne d'ordinaire l'invasion d'une septicémie : frisson, vomissement, fièvre.

« Or, il y a un symptôme qui manque bien rarement, écrit Pujos, « et qui précède à coup sûr l'érysipèle, c'est l'angioleucite. »

Avons-nous donc le droit de croire que, sans la cautérisation énergique qui intervint, tout fût rentré aussi rapidement dans l'ordre? Je ne le crois pas. Et bien plutôt, comme en présence d'une inoculation septique, il est permis de supposer qu'à la surface de la plaie que M. B... portait au doigt, le germe, le ferment, qui avait commencé à altérer le pus se serait multiplié ; que son absorption se serait continuée dans de bien plus considérables proportions. Tandis que tout fut subitement arrêté par l'application de l'acide phénique, qui, d'un coup, en tant que caustique, ferma la bouche des lymphatiques ouverts pour l'absorption, et en tant qu'agent antiseptique, détruisit le ferment et arrêta la décomposition du pus, et cela avant que l'organisme tout entier fût suffisamment infecté pour que la maladie suivît sa complète évolution.

Si cette conclusion semble trop absolue, la lymphangite causée par le contact direct d'une plaie avec ses détritus érysipélateux, vient à tout le moins prêter un nouvel appui à l'idée d'une étroite parenté entre l'érysipèle et les autres affections de nature septique.

Car, si, étant donné que M. B... est mort chez lui et que les recherches nécropsiques nous ont été impossibles, nous n'avons pas la preuve matérielle du fait, nous n'en croyons pas moins que sa mort rapide, au milieu de phénomènes asphyxiques, doit être attribuée à la propagation de l'érysipèle à la surface interne du poumon, et que, par conséquent, c'est bien par le contact direct avec des produits provenant d'une surface éryripélateuse et rejetés avec les mucosités, que fut influencée la plaie de B... fils.

De plus, c'est justement chez celui de nos malades qui était sous l'influence incontestable du traumatisme, c'est chez la femme X..., dont l'oreille suppure, que, de prime abord, apparaît la maladie, comme pour nous aider à établir plus étroitement l'étiologie que nous lui attribuons et pour rendre plus frappante encore la concordance qu'il y a entre la source de l'érysipèle parmi nos malades et

l'opinion des auteurs qui placent son origine dans la stagnation ou la décomposition du pus au fond d'une plaie anfractueuse.

Ici, c'est au fond d'un conduit auditif externe que s'est déposé le germe auquel nous devons l'état du pus qui a causé l'érysipèle.

Puis, le pus absorbé, l'organisme infecté, la maladie a suivi sa marche régulière, multipliant le premier germe et permettant au sujet qui le porte, d'être en mesure bientôt de le transmettre aux sujets sains qui viendront à son contact ou qui respireront l'air dans lequel ses excrétions répandent par milliers ce premier germe multiplié.

Et cela jusqu'à ce que l'isolement et des précautions antiseptiques sagement raisonnées aient arrêté sa transmission et sa pullulation. « Ainsi, l'érysipèle, né par infection du premier sujet, par son propre « pus modifié, s'est ensuite propagé par contagion. » (1).

La propagation par infection, qui ne peut pourtant se mettre en doute, ne s'est, en réalité, pas montrée dans les cas que nous avons sous les yeux. Nous avons pourtant eu un décès sur quatre cas d'érysipèle de la face ayant complètement évolués. Or, dans une maladie que Trousseau déclarait être le plus généralement bénigne, cette proportion nous permet d'avancer, sans crainte d'être contredit, que nous avons eu affaire à une des formes les plus graves de l'affection. Ici même, en passant, nous devons souligner la façon constante dont, malgré le dire des auteurs, nous avons vu le menton envahi par l'exanthème. Peut-être même y a-t-il là un signe capable de devenir pathognomonique de la gravité de l'érysipèle.

Eh bien, pour en revenir à notre idée, malgré la gravité de nos cas, malgré la réunion de deux d'entre eux dans la même maison, ils semblent ne s'être propagés qu'exclusivement par contage.

La maison B...., pas plus que celles d'ailleurs des autres malades, n'est devenue un foyer bien évident où des gens du dehors soient venu contracter des érysipèles.

Des érysipèles, non. Mais, comme pour nous donner encore un

(1) Dandé.

nouvel argument en faveur de cette idée que l'érysipèle est une forme spéciale de septicémie, nous voyons successivement les deux femmes M... et T..., qui, à quelques jours d'intervalle, essayèrent de remplacer la femme R... malade, dans ses fonctions de femme de ménage chez Mme B..., être toutes deux, après quelques jours à peine de service, forcées d'y renoncer et prises de fièvres, de nausées, d'embarras gastrique intense, qui firent dans les deux cas craindre au médecin l'apparition de nouveaux érysipèles. Sous l'influence d'un purgatif et de la défense expresse de reparaître dans la maison infectée, ces symptômes disparurent rapidement, comme, au temps de grandes épidémies, disparaissent ces formes larvées de l'affection régnante, qui ne sont pas la maladie dans toute son intégrité, mais sont loin pourtant d'être non plus l'immunité, et se présentent comme la résultante de la résistance d'organismes privilégiés contre l'action du virus bel et bien absorbé.

Tout, jusqu'au traitement auquel se sont ralliés aujourd'hui tous les médecins, montre la conviction dans laquelle ils sont tous que l'érysipèle est causé par l'introduction dans l'économie d'un principe qui l'infecte toute entière, mais contre lequel on ne saurait songer à agir directement puisqu'il est encore inconnu.

Que voyons-nous, en effet? Les différents traitements topiques être abandonnés absolument ; le vésicatoire, le fer rouge passer dans le domaine de l'histoire ; la limite tracée à l'éruption par le nitrate d'argent, reconnue par tous illusoire.....

Et chacun, aujourd'hui, est si bien convaincu de ce que Trousseau dit, jadis, le premier, « que les malades guérissaient en général « malgré tous les traitements employés, » qu'acceptant, à l'unanimité, la théorie qui regarde la maladie comme la lutte de l'organisme contre un principe étranger qu'il veut éliminer, tous acceptent la sage réserve du maître que nous citions tout à l'heure et ne songent qu'à soutenir les forces de leur malade atteint d'érysipèle et à l'isoler pour empêcher la propagation de son affection, moyens que nous avons vu employer et réussir pendant l'épidémie que nous relatons et qui, avec le traitement des complications et la

thérapeutique appropriée aux symptômes dominants pour calmer les souffrances des patients, ont fait en somme le fond du traitement.

Ainsi, ce que nous ont enseigné nos observations ; ce que nous ont appris les maîtres que nous avons consultés à leur sujet, se trouve comme résumé dans cette phrase de Gosselin : « Je crois pouvoir « admettre que l'érysipèle est une septicémie comme la fièvre « traumatique et l'infection purulente..... Malheureusement, il est « impossible de dire quel est le poison qui la cause, comment il se « produit, et dans quelle proportion concourrent à sa formation les « miasmes atmosphériques absorbés par les voies aériennes et ceux « qui touchent directement la plaie. »

Et plus loin, « tout en regrettant que la question ne puisse pas « être résolue par des preuves matérielles, et qu'il en soit sous ce « rapport, de même de toutes les septicémies, » il voit, en plus des preuves tous les jours plus nombreuses qui s'accumulent autour de cette idée, une raison de plus pour l'adopter dans l'emploi des moyens prophylactiques qu'elle entraîne.

Eh bien ! étant donnée la nature septique de l'érysipèle, étant donnée la naissance probable du germe qui le cause ou tout au moins son dépôt à la surface des plaies, sans nier pour cela la possibilité de son absorbtion par la muqueuse pulmonaire, sommes-nous en état de nous faire une idée de ce qu'il est ?

Malheureusement non.

Sommes-nous, suivant la théorie de Robin, en présence d'une fermentation du pus occasionnée par un des albuminoïdes répandus dans l'air ?

S'agit-il de l'introduction et de la pullulation d'un infusoire transporté par l'air, comme le veut Hallier ?

S'agit-il d'une modification de la lymphe ou du sang ?

Nous ne savons.

Les suppositions les plus variées ont été tour à tour émises sans qu'on ait apporté en leur faveur aucune preuve certaine.

Ce n'est pas là, une raison de désespérer. Là où l'observation et le raisonnement ne nous permettent plus d'avancer, c'est à la

méthode de l'expérimentation à reprendre à son tour la direction de nos recherches, et c'est en elle que nous devons mettre notre confiance, pour arriver à saisir ce Protée dont la présence nous apparaît certaine, mais que nous n'avons pu jusqu'ici ni fixer, ni enchaîner.

Quels sont les points précis où il se produit, où il s'emmagasine, d'où il s'échappe, par où il pénètre dans notre organisme ? Ce sont là autant de points encore obscurs dans son histoire.

Déjà, depuis longtemps des tentatives ont été faites pour tenter d'en élucider quelques-uns. Willan a pu inoculer avec succès le liquide des phlyctènes ; mais d'autres après lui, n'ont pu réussir semblable expérience.

Martin, dans sa thèse, dit tenir d'un de ses maîtres que l'inoculation de l'érysipèle a produit une rougeur diffuse avec gonflement considérable.

Calvey raconte que l'érysipèle se déclara au bras d'un vieillard inoculé accidentellement. Et nous avons vu nous-même M. B... fils présenter des symptômes tout à fait voisins de ceux de l'affection régnante après le contact prolongé d'un doigt excorié avec les mucosités rendues par son père.

Mais si le liquide des phlyctènes a donné des résultats contradictoires, la saburre, l'haleine, les crachats n'ont pas, que nous sachions, été encore expérimentés, pas plus que les autres excrétions, pas plus que le sang des érysipélateux.

Pourquoi n'arriverait-on pas bientôt à des résultats analogues à ceux que nous ont fournis les travaux de Pasteur, de Davaîne sur le charbon, ceux de Chauveau sur le vaccin. Notre observation VI, en sa bénignité, semble nous permettre d'admettre la possibilité d'un virus atténué, qu'il sera peut-être possible d'isoler, de reproduire et d'utiliser, un jour.

Déjà, Kemmemberg, en Allemagne, a trouvé les reins d'érysipélateux remplis de bactéries analogues à celles qui causent la virulence des liquides charbonneux et de presque toutes les maladies septiques. Et Quénu, en analysant, comme lui, les reins d'érysipélateux, morts de néphrite infectieuse, complication fréquente de l'érysipèle, a

trouvé les glomérules de Malpighi remplies de colonies de micrococcus tout à fait caractéristiques.

Ainsi, le premier pas est fait dans le sens que nous indiquions tout à l'heure. Et pour nous, nous ne saurions mieux formuler l'impression que laisse dans notre esprit l'analyse de nos observations et les recherches que nous avons faites à leur sujet, qu'en répétant, en guise de conclusion à cette étude, ces paroles d'un maître de cette École :

« C'est au laboratoire à utiliser, à transformer, à éclairer les « matériaux que nous a fournis la clinique. C'est l'union indissoluble « et nécessaire de l'observation pure et de la méthode expérimentale, « qui forme les seules bases raisonnables et fécondes sur lesquelles « il soit possible, à l'heure actuelle, de faire reposer les études mé- « dicales. C'est par leur union seule que la science fera des progrès « constants, appréciables, et définitivement acquis » (1).

Vu bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
Dr LAYET.

Vu pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,
H. OUVRÉ.

(1) Coyne, *Discours de rentrée*, 1880.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : Des glandes salivaires.

Physiologie : Mouvements et bruits du cœur.

Chimie : Du mercure et des préparations mercurielles.

Histoire naturelle : Des phénomènes de la fécondation chez les plantes supérieures.

Pathologie externe : Tumeurs lacrymales.

Pathologie interne : Des méthodes physiques d'exploration dans les maladies des voies respiratoires.

Pathologie générale : Du pronostic, ses bases.

Histologie et anatomie générale : Du cœur.

Anatomie pathologique : Anévrismes.

Médecine opératoire : Des différentes méthodes du traitement de la cataracte.

Pharmacologie : Des eaux distillées.

Matière médicale : Des huiles animales employées en médecine.

Thérapeutique : De l'emploi de l'iodure de potassium.

Hygiène : Du sevrage.

Médecine légale : De l'examen de l'enfant dans les questions d'infanticide.

Accouchements : Des soins que l'on doit donner à la femme pendant le travail de l'enfantement.